

**L'AUTO-SUPPORT DES USAGERS DE DROGUES, DES « LIFE SKILLS »
RECONVERTIES EN EXPERTISE DANS LE CHAMP DE LA SANTE¹**

Marie Jauffret-Roustide

CERMES3 – Equipe Cesames
(InsermU988/Université Paris Descartes/
Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales/CNRS UMR8211)
Institut de Veille Sanitaire
12 rue du Val d'Osne, 94415 Saint-Maurice, France
m.jauffret@invs.sante.fr

Mots-clés : Expertise, rapports profanes/expert, stigmatisation sociale, addictions

Résumé. Dans cette communication, nous nous intéressons à la manière dont les usagers de drogues, s'impliquent dans la mise en œuvre des politiques publiques à travers leur engagement dans des groupes d'auto-support et font ainsi valoir de nouvelles formes d'expertise. Ces nouvelles formes d'expertise mises en avant par des usagers de drogues se construisent à partir de la figure du « profane expert », valorisent les savoir-faire pratiques et interpellent les spécialistes habilités à produire des discours légitimes sur la question des drogues. À travers leur participation à des groupes d'auto-support, des consommateurs de drogues parviennent à intervenir dans le débat sur les drogues, la définition puis la mise en œuvre de politiques publiques en direction des usagers de drogues. Actuellement, ce processus de reconnaissance de l'expertise des usagers de drogues dépasse le champ de la toxicomanie et du sida, et la référence à l'usager tend à envahir le domaine de la santé. En effet, l'invocation d'un individu responsable, autonome et citoyen tend à devenir un paradigme structurant du champ du travail social et de la santé, mais cette citoyenneté est souvent utilisée pour et par les groupes sociaux stigmatisés comme une formule magique et incantatoire dont le contenu peut faire défaut.

Dans ce texte, nous nous intéressons à la manière dont les “ ressortissants ”², en l'occurrence les usagers de drogues, s'impliquent dans la mise en œuvre des politiques publiques à travers leur engagement dans des groupes d'auto-support³ et font ainsi valoir de nouvelles formes d'expertise. Ces nouvelles formes d'expertise mises en avant par des usagers de drogues se construisent à partir de la figure du “ profane expert ” (Epstein, 1995), valorisent les savoir-faire pratiques et interpellent les spécialistes habilités à produire des discours légitimes sur la question des drogues. À travers leur participation à des groupes d'auto-support, des consommateurs de drogues parviennent à intervenir dans le débat sur les drogues, la définition puis la mise en œuvre de politiques publiques en direction des usagers de drogues.

Cette expertise s'intègre dans un double mouvement, celui de la désaffiliation et de la valorisation de l'autonomie des individus (Franguiadakis, 2002). Elle peut apparaître paradoxale dans la mesure où elle confère des qualités à des populations dont les pratiques sont réprimées par la loi et dont

¹ Ce texte a été en partie publié dans *L'auto-support des usagers de drogues : une "compétence de vie" reconvertie en expertise*, In L. Dumoulin, S. La Branche, C. Robert & P. Warin (Eds.), *Le recours aux experts, raisons et usages politiques*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2005

² “ Le terme de ressortissants ” des politiques publiques désigne communément les individus, les groupes socio-professionnels et les institutions à qui les politiques sont destinées. ” (Warin, 1999)

³ L'auto-support part du principe que les besoins des patients ne sont pas suffisamment ou mal pris en compte par les institutions et les professionnels : le soutien entre pairs leur apparaît alors comme une manière de pallier ces déficiences (Katz et Bender, 1976).

l'identité est disqualifiée. Cette identité stigmatisée de l'utilisateur de drogues lui est donnée de l'extérieur par le regard que les autres peuvent porter sur lui mais elle est également intériorisée car "il existe une dialectique entre l'identification et l'auto-identification, entre l'identité objectivement attribuée et subjectivement appropriée." ⁴. Les individus peuvent rechercher également des signes de cette identité dans le regard des autres et se conformer à son stigmate peut être un moyen de conserver son identité. A ce titre, appartenir à un groupe d'auto-support ressemble à une injonction paradoxale car il est demandé au toxicomane de se détacher de cette identité négative liée à la marginalité sociale, tout en mettant l'accent sur son identité de toxicomane en tant que ressource pour l'action. Identifiés comme un vecteur de dangers, comme la cause d'un "fléau social", les toxicomanes sont assignés à une place dans la société, en sortir demande une reconstruction de leur identité afin de faire évoluer le regard qui est porté sur eux ainsi que la place qu'ils pourront occuper. Dans cette perspective, cet article se propose de montrer comment à partir de la notion d'expertise, les groupes d'auto-support trouvent leur place dans l'espace social et parviennent à transformer une identité disqualifiée axée autour de la dangerosité en une identité collective valorisée, centrée sur la citoyenneté, pour le groupe Auto-Support des Usagers de Drogues (ASUD), ou sur la dépendance et l'abstinence, pour le groupe Narcotiques Anonymes (NA).

1. Transformer un stigmate en une identité collective valorisée

1.1 De l'utilisateur objet à l'utilisateur producteur de discours sur lui-même

La toxicomanie est généralement associée à des images de déchéance, d'aliénation et d'animalité : le "drogué" est présenté comme ayant perdu totalement la maîtrise de sa vie et le contrôle de lui-même. Les qualités de volonté personnelle, de responsabilité et d'autonomie lui sont niées. La toxicomanie peut être perçue comme une conduite autodestructrice dans la mesure où la personne continue à s'adonner à un comportement tout en étant souvent consciente de ses conséquences négatives et des souffrances qui peuvent y être associées. Jusqu'à la fin des années 1980, le champ du soin aux toxicomanes, dominé par la psychothérapie d'inspiration psychanalytique, a d'ailleurs légitimé, à travers la théorie de l'ordalie, la représentation du toxicomane comme un être suicidaire prenant plaisir à jouer avec la mort. Et le portrait psychologique habituellement dressé du toxicomane était alors le plus souvent celui d'un individu inconstant, instable, infantile, manipulateur, menteur et irresponsable. Ainsi, dans la sphère publique, seul le savoir des spécialistes était perçu comme légitime sur les drogues et le savoir profane des usagers restait réduit à la sphère intime et au silence.

Le référentiel de la réduction des risques⁵, qui s'est imposé officiellement à partir de 1994, et les acteurs du champ du sida ont contribué à faire évoluer ces représentations du toxicomane et à valoriser le savoir et la parole des usagers de drogues. Pour faire reconnaître la légitimité de leur discours, les défenseurs de la réduction des risques ont mis en avant les évaluations des premières mesures liées à la réduction des risques autour de l'accessibilité aux seringues qui attestent de changements rapides des comportements des usagers de drogues⁶. Ces modifications des pratiques des usagers de drogues contribuent à remettre en cause une ancienne représentation du "toxicomane" irresponsable et suicidaire, car il apparaît alors que les "usagers de drogues"

⁴ Berger et Luckmann développent l'idée selon laquelle les déviants restent dans l'espace qui leur est concédé de par la force de la machine conceptuelle de la conservation de l'univers qui tend à les confirmer dans leur identité de déviant. (Berger et Luckmann, 1994 p. 156)

⁵ Suite à l'apparition du sida, le champ de la toxicomanie est soumis à un changement paradigmatique fondamental. Le champ, autrefois régi par le sevrage et la psychothérapie, est alors dominé par un nouveau concept, celui de la réduction des risques qui se construit en France autour de l'accès aux seringues, à la substitution, et aux soins pour les usagers de drogues, et qui postule la participation des acteurs concernés, en l'occurrence les usagers de drogues, à la définition des politiques publiques.

⁶ Les études menées par l'Institut de Recherche sur les Pharmacodépendances en 1988 et en 1992 mettent en évidence que le partage de seringues se raréfie, passant de 48% en 1988 à 33% en 1991 et 13% en 1996. L'évolution des pratiques est donc perceptible (IREP, 1988 ; 1992 et 1996).

peuvent prendre leur santé en considération quand les moyens leur en sont donnés⁷. Le vocabulaire employé par ces acteurs, exerçant dans les dispositifs liés à la réduction des risques (centres méthadone, bus d'échange de seringues, boutiques, sleep-in...), est significatif, lui aussi, de l'évolution de la catégorisation des consommateurs : à la dénomination traditionnelle de toxicomane se substitue celle d'usager de drogues, et à celle de malade ou de patient est préférée celle d'accueilli ou de client. Ces évolutions sémantiques laissent la porte ouverte à un changement de statut car là où le toxicomane était figé dans une position de patient et de "soigné", l'usager de drogues et le client sont présentés comme des partenaires potentiels des soignants et ne sont plus réduits dans les discours à des sujets d'observation ou des objets de soins⁸. La réduction des risques s'est dotée d'instruments censés permettre cette évolution, de patient à client, de toxicomane à usager de drogues, par le biais d'un processus d'autonomisation lié à la mise en place des traitements de substitution. Une fois encore, les militants de la réduction des risques ont mis en avant les résultats des évaluations étrangères des programmes méthadone (Ball et Ross, 1991). Ceux-ci mettent en relief un changement de certains comportements, en matière de délinquance, d'état de santé et de consommation d'héroïne ; le changement le plus significatif concernant l'évolution vers un mode de vie de moins en moins centré sur la recherche quotidienne du produit. La substitution "bien gérée" permet d'éviter, dans une certaine mesure, les contraintes liées à l'achat de produits qui peuvent être "gênantes" pour mener une activité régulière. L'usager peut ainsi disposer de plus de temps pour lui-même et acquérir une forme d'autonomie. Ces usagers substitués peuvent s'investir plus facilement dans des activités professionnelles ou militantes telles que l'engagement dans un groupe d'auto-support.

Ces changements sémantiques sous-tendent une évolution des représentations car si la perception du "toxicomane" est celle d'un être aliéné, irresponsable, dépendant et suicidaire, en revanche, "l'usager de drogues" est présenté à travers la rhétorique de la réduction des risques comme un individu responsable, autonome et citoyen, capable d'adopter des comportements de prévention⁹. Les usagers de drogues sont alors considérés comme dotés de ressources leur permettant de se protéger eux-mêmes, du sida, mais aussi des autres, tant dans le contexte de l'injection de drogues que dans l'espace de la sexualité.

Cette évolution est directement liée au champ du sida, où l'association AIDES a joué un rôle important dans l'évolution de la catégorisation et du positionnement des malades, et indirectement dans l'impulsion de la participation des usagers de drogues aux politiques publiques. AIDES a servi de modèle français d'auto-support, faisant la preuve depuis 1984 de l'importance d'une réponse sociétale dans le cadre de la lutte contre le sida. Elle a promu la figure du "patient réformateur" (Defert, 1989), opéré une redéfinition de la relation entre soignant et soigné, et donné lieu à une représentation différente de "l'usager de drogues", en tant qu'individu capable d'émettre un point de vue sur les politiques publiques qui lui sont destinées, et, en particulier, de penser sa propre prise en charge et les outils de prévention qui lui sont proposés. À l'instar du malade du sida, l'usager de drogues n'est plus alors réduit à la passivité et à l'irrationalité, mais il acquiert une légitimité à faire valoir son expertise et à intervenir dans l'espace public. Par l'intermédiaire de l'auto-support, le discours et la présence de représentants des usagers dans les media et différentes instances (conférences, réunions institutionnelles) a permis de donner corps à cette évolution des représentations de la dépendance, en montrant des usagers capables de prendre la parole publiquement, de s'exprimer clairement, et d'émettre des revendications. Le discours de l'auto-support parle du plaisir lié aux drogues et de la possibilité pour les usagers de contrôler leur consommation et de réduire les risques. Alors qu'auparavant, les usagers présents dans les médias ou dans les conférences venaient plutôt pour témoigner de leur souffrance et de leur culpabilité à

⁷ Cependant, malgré une évolution des pratiques, le partage du matériel d'injection persiste et reste un facteur préoccupant dans la transmission du VHC (Jauffret-Roustide 2006)

⁸ Certes, la dénomination de client n'est pas nouvelle, ce terme pouvait être employé dans le cadre de l'ancien référentiel (abstinence et psychothérapie), notamment au sein d'institutions traditionnelles comme le centre Marmottan, mais elle est rendue effective par son association à l'autonomisation des usagers de drogues.

⁹ Concernant la responsabilisation et l'autonomisation, il s'agit ici de tendances, la réalité étant bien plus diversifiée, tant du point de vue des pratiques des usagers que des représentations des professionnels à leur égard (Lert, 1998).

vivre leur usage de drogues. Les usagers de drogues engagés dans des groupes d'auto-support ont comme revendication principale de se réappropriier une parole qu'ils considèrent confisquée par les spécialistes. Ils demandent à ce que la parole des usagers construite à partir d'une expérience subjective soit reconnue comme légitime et prise en compte au même titre que les discours médicaux, sociaux et politiques sur l'usage de drogues. Par son engagement dans un groupe d'auto-support, l'utilisateur de drogues n'est plus simplement l'objet de discours, il devient un sujet producteur de discours sur lui-même et ses pairs.

1.2 Configurations diversifiées de l'auto-support et usages différenciés de l'expertise : groupes d'entraide versus groupes d'intérêt

L'auto-support postule la nécessité de la participation des personnes concernées aux politiques publiques qui leur sont destinées, mais ce concept recouvre des configurations diversifiées. Dans le domaine de l'auto-support des usagers de drogues, deux types de groupes peuvent être distingués, les groupes d'intérêt ou "interest groups" et les groupes d'entraide ou "self-help groups" (Trauttmann, 1995). Auto-Support des Usagers de drogues (ASUD) représente les groupes d'intérêt qui ont principalement un objectif politique de défense des droits des usagers et fonctionnent comme des syndicats, avec des revendications contestataires vis-à-vis des politiques de la drogue. Narcotiques Anonymes (NA) répond à la logique des groupes d'entraide, plus consensuels, qui affichent des objectifs de soutien entre usagers de drogues et fonctionnent comme des groupes de parole. Si les membres de NA se désignent et se considèrent comme des malades (atteints de la maladie de la dépendance), les militants d'ASUD s'insurgent au contraire contre cette forme de catégorisation et font valoir que l'usage de drogues n'est pas une maladie, mais un choix. Le premier travail symbolique effectué par l'auto-support est axé autour de la requalification de leurs membres. Dans chacun des deux groupes, le qualificatif de toxicomane - perçu comme une forme d'assignation imposée par le discours médical - est proscrit, il est remplacé par l'usage exclusif du terme de "dépendant" à NA et par celui d'"usager de drogues" au sein d'ASUD. L'emploi du terme "usager de drogues" peut être interprété comme une référence à l'usager de service public, l'usager de drogues pouvant alors émettre, comme tout usager ou client, des revendications à l'encontre des services qui lui sont destinés et, en l'occurrence, du dispositif de soin et de prévention en lien avec la toxicomanie. En revanche, l'emploi du terme "dépendant" fait appel à une vision de la toxicomanie comme une forme d'aliénation qui réduirait le consommateur à ne plus être capable de gérer sa vie et qui nécessiterait une aide extérieure à lui-même. Comme nous le verrons plus loin, renommer les toxicomanes "usager" ou "dépendant" permet aussi de passer de la position de personne aidée à celle de l'aidant et d'être associés aux politiques mises en œuvre. Le choix de ces deux dénominations est loin d'être anecdotique, il justifie chacune des orientations choisies par les deux groupes d'auto-support français et leur usage différencié de la notion d'expertise : une expertise "interne", dans le cas de NA, réservée exclusivement aux membres du groupe, et une expertise "externe", dans le cas d'ASUD, essentiellement orientée vers les pouvoirs publics.

1.2.1 Usage interne de l'expertise : anonymat et entre soi communautaire

En France, le premier groupe d'usagers de drogues est donc NA, qui voit le jour en 1984 sur l'initiative de quelques usagers de drogues anglo-saxons devenus abstinentes et souhaitant retrouver les réunions qu'ils fréquentaient aux États-Unis. La première réunion de NA en langue française a lieu à Paris, le groupe est alors constitué de quelques personnes ; aujourd'hui, dix-neuf ans après, une quarantaine de réunions se tiennent à Paris chaque semaine. NA propose à ses membres une abstinence de "tout produit modifiant le comportement", c'est-à-dire non seulement des substances illicites telles que l'héroïne, la cocaïne ou le cannabis, mais aussi des substances licites telles que l'alcool ou les médicaments. À NA, ce n'est pas le produit consommé qui compte, mais le comportement, la dépendance, qui réduirait l'usager de drogues à une forme d'asservissement et dont NA propose de se libérer par l'abstinence, les groupes de parole, et l'entraide des pairs. À l'instar des AA (Anonymes Alcooliques) dont la création est liée aux groupes Oxford, un mouvement évangélique axé sur le relèvement spirituel des alcooliques, le discours de NA est

empreint de spiritualité. NA est régi par des “ principes spirituels ” (“ démocratie, volontariat, autonomie et anonymat ”) ; Douze Traditions définissent les règles de fonctionnement des groupes, et Douze Étapes indiquent aux individus la voie vers l’abstinence et le “ rétablissement ”. Parmi ces Traditions, la dixième prône l’interdiction de tout discours public et de relations publiques officielles de l’association avec des partenaires : “ NA n’a aucune opinion sur des sujets extérieurs ; c’est pourquoi le nom de NA ne devrait jamais être mêlé à des controverses publiques ”. L’anonymat est également une règle primordiale qui prévaut à l’intérieur même de l’association, puisque les membres se présentent et se désignent entre eux uniquement par leur prénom, mais aussi à l’extérieur, et plus particulièrement dans le rapport aux médias, car il est impossible, pour un membre de NA, de parler au nom du groupe, chacun n’étant autorisé à s’exprimer qu’au nom de sa propre expérience. L’anonymat est justifié par la volonté de protéger le groupe des éventuelles “ rechutes ” vis-à-vis de l’usage de drogues dont ses membres pourraient être victimes et qui terniraient l’image du groupe. L’anonymat est également censé protéger les individus de la valorisation que leur médiatisation pourrait leur apporter, l’“ humilité ” étant au cœur du programme NA.

La participation de NA aux politiques publiques n’est donc pas une expertise publique revendiquée, mais une expertise réservée à un entre-soi communautaire, mise en œuvre au sein de groupes de parole entre pairs et dans l’anonymat. Selon la typologie introduite par Hirschman (Hirschman, 1970) sur les comportements des consommateurs, NA choisit d’adopter une position de défection (exit) en refusant une prise de parole publique qui contesterait la politique en cours. Toutefois, le modèle de traitement que propose NA étant axé sur l’abstinence, il constitue une forme de critique implicite de l’actuelle politique de réduction des risques qui, à l’inverse, prône non pas le sevrage mais la mise en place de traitements de substitution comme modalité de traitement de la dépendance. NA se focalise principalement sur un usage interne de son expertise et veille à mettre à distance tout ce qui pourrait être extérieur à la communauté des dépendants, en l’occurrence le reste de la société constitué par l’ensemble des non-dépendants. La dimension communautaire constitue l’un des fondements du groupe qui se définit comme une “ fraternité ”. Les réunions quotidiennes et les différents événements collectifs proposés aux membres renforcent le sentiment de cohésion du groupe. Ces événements ponctuent le temps du traitement appelé “ rétablissement ”, et multiplient les occasions pour les pairs de se retrouver entre eux. Ensuite, ce groupe fonctionne à partir de la théorie de la dépendance. Chaque fois qu’un membre prend la parole au cours d’une réunion, il se présente comme un “ dépendant ”, une dénomination qui crée une nouvelle identité commune à tous les membres du groupe. Lors des réunions, les différences sociales semblent annulées et, par la parole, les membres se définissent comme des individus semblables, partageant la même maladie, la même identité et le même rétablissement. Il est d’ailleurs constamment rappelé aux membres la nécessité de mettre l’accent sur leurs ressemblances et d’oublier leurs différences. Enfin, le groupe met en place une solidarité communautaire par la relation de parrainage. En effet, chaque nouveau est invité à choisir un parrain dans la “ fraternité ” NA. Ce parrain bénéficie d’un temps d’abstinence plus important, et établit avec son filleul une relation initiatique. Le parrain guide son filleul, lui fait partager son expérience et lui ouvre la voie vers le “ rétablissement ”, le filleul devenant ensuite un parrain à son tour pour les nouveaux venus dans le groupe. À travers cet entre-soi communautaire, chacun peut ainsi trouver sa place au sein du groupe et se recréer un réseau de sociabilité. Tous ces techniques d’intervention propres à NA proposent un système de valeurs et des liens sociaux qui se substituent aux défaillances des modalités de traitement professionnelles de la toxicomanie et composent une micro-communauté à laquelle les usagers de drogues peuvent se sentir appartenir, et qui exclut de fait les non-dépendants.

1.2.2 Usage externe de l’expertise : citoyenneté et exposition publique

NA proposent un système de valeurs et des liens sociaux qui se substituent aux défaillances des modalités de traitement professionnelles de la toxicomanie et composent une micro-communauté à laquelle les usagers de drogues peuvent se sentir appartenir, et qui exclut de fait les non-dépendants. Dans le groupe ASUD, l’entre-soi communautaire n’est ni revendiqué, ni mis en œuvre au sein du groupe. Le groupe revendique la diversité des pratiques et des parcours sociaux de ses membres car la lutte contre la stigmatisation des usagers de drogues menée par les groupes d’intérêt passe

également par un combat contre les représentations communes et les stéréotypes produits autour de la personne du toxicomane. ASUD, le premier groupe d'auto-support du type groupe d'intérêt est créé par Philippe Marchenay, Abdalla Toufik, Gilles et Phuong Charpy en 1992, huit ans après NA, dans un contexte très différent. Les groupes d'intérêt d'usagers de drogues se constituent dans le sillage des associations issues de la lutte contre le sida autour du modèle du "malade réformateur", de la mise à disposition de produits de substitution pour les usagers de drogues, et du bouleversement des politiques publiques en matière de toxicomanie.

Le groupe ne prône pas l'anonymat car l'usage de drogues est considéré comme un choix qu'il s'agit de pouvoir revendiquer publiquement. ASUD n'adopte pas une position de défection, mais s'efforce de prendre la parole (*voice*) (Hirschman, 1970) et de s'exposer publiquement le plus souvent possible dans les media, les conférences ou les réunions institutionnelles. Son action est essentiellement tournée vers la sphère publique en direction de laquelle le groupe émet une rhétorique transformant les toxicomanes en "citoyens", dotés de compétences spécifiques et experts de la consommation de drogues. Collectivement ASUD ne garde pas le silence, mais prend position sur la question des drogues en France. Dès sa création, le groupe adopte un répertoire rhétorique axé autour de la dénonciation de la situation des usagers de drogues. Le Manifeste d'ASUD (première plate-forme politique du groupe qui sera complétée ensuite par les "10 mesures") dénonce le taux important de contamination des usagers de drogues par le virus du sida, la clandestinité et la marginalisation de ces usagers de drogues, et accuse la prohibition d'en être responsable. Afin d'améliorer la situation des usagers de drogues, ASUD propose la mise en place de la politique de réduction des risques et l'arrêt du régime de prohibition des drogues.

Depuis le début, c'est à partir d'une problématique sanitaire qu'ASUD se positionne dans le champ politique autour des questions de la citoyenneté et des droits des usagers de drogues. Ce positionnement du groupe dans le champ sanitaire lui permet d'obtenir un financement de divers organismes publics, mais il tend à donner l'impression que les actions de l'association restent figées autour de la question sanitaire. La plupart des opportunités offertes au groupe se concentrent prioritairement autour de la question de la prévention du sida et des hépatites virales. Aujourd'hui encore, les actions plus politiques autour du cadre légal ne constituent pas l'aspect le plus visible d'ASUD et se réduisent à sa participation à des collectifs interassociatifs demandant la modification du cadre légal. Le répertoire d'action collective du groupe ASUD reste très conventionnel comparé à celui de mouvements activistes comme Act Up. Comme nous le verrons plus loin en détails, ASUD utilise des moyens d'exposition publique bien plus modérés, tels que la création d'un journal qui constitue le vecteur principal de communication et de visibilité pour le groupe, la participation aux réunions de collectifs contestataires (tels que Limiter La Casse¹⁰), la participation à des réunions institutionnelles organisées par la Direction générale de la Santé ou la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, et l'organisation de manifestations réclamant l'ouverture du débat sur la question des drogues. Contrairement à NA, ASUD revendique publiquement la reconnaissance de l'expertise des usagers de drogues.

Ainsi, les prises de parole publique et les formes d'expertise répondent à des normes bien précises dans chacun des deux groupes d'usagers de drogues. À NA, c'est le témoignage biographique personnel et interne au groupe qui est promu car chaque dépendant est sensé avoir vécu et vivre encore les mêmes expériences que ses pairs. À ASUD, au contraire, c'est un discours politique et collectif censé représenter l'association et être le porte-parole de l'ensemble des usagers de drogues qui est valorisé, sans jamais passer par le témoignage personnel, considéré comme humiliant. Si ces deux modalités de l'auto-support des usagers de drogues sont le produit de conditions d'émergence particulières et adoptent un répertoire d'action spécifique, elles participent ensemble à l'émergence de nouvelles formes d'expertise dans le champ du sida et de la toxicomanie. Ces usagers membres de l'auto-support sont reconnus comme des experts à partir d'une expérience de vie, mais selon les configurations des groupes, ils ne mettent pas en avant les mêmes savoirs profanes et ne promeuvent pas le même type d'expertise. Ces compétences personnelles peuvent être qualifiées d'expertise technique ou relationnelle dans le cas d'ASUD (connaître les pratiques et les codes liés à

¹⁰ Sur ce point, se référer à Jauffret, 2000.

la consommation, savoir entrer en relation avec les autres usagers) ou d'expertise sensible dans le cas de NA (être capable d'éprouver les mêmes sentiments et sensations).

2. La construction d'une expertise profane autour de deux types de savoir-faire

La création des groupes d'intérêt (ASUD) s'est faite dans un espace social, créé par le sida, autour de la prévention des pratiques à risque chez les usagers de drogues, alors que la création des groupes d'entraide (NA) a pris place dans un autre espace, celui des groupes de paroles et de soutien. C'est dans ces espaces que les usagers de drogues ont pu faire valoir leurs compétences. En effet, afin de faire reconnaître la légitimité de leur intervention, les usagers ont fait valoir et utilisé les zones d'incertitude qu'ils étaient en mesure de maîtriser et par là même ont défini leur expertise. Les types de savoirs dont seraient dépositaires les usagers de drogues et qui constitueraient leur expertise spécifique appartiennent au registre des "life skills" ou "compétences de vie"¹¹. Ces compétences de vie mettent en valeur les dimensions technique, sociale, physique, morale de l'expertise des usagers : technique, de par la maîtrise des pratiques de la consommation de drogues ; sociale, de par la connaissance des réseaux et de la sociabilité des usagers ; physique, de par la capacité à savoir se tenir et positionner son corps sur les lieux de consommation ; morale, de par la confiance nécessaire pour être accepté par la communauté des usagers.

Cette expertise spécifique revendiquée publiquement par ASUD et implicitement par NA construit une communauté des usagers de drogues avec des codes auxquels seuls les initiés auraient accès. Cette expertise se fabrique par défaut en dénonçant la méconnaissance des experts socialement légitimés, des "spécialistes" désignés de la toxicomanie que sont les médecins, psychologues ou travailleurs sociaux ayant en charge les problématiques liées à la consommation de drogues. Durant leur parcours dans la consommation de drogues, les militants de l'auto-support ont pu être insatisfaits vis-à-vis des services qui leur étaient destinés ; en intégrant un groupe d'auto-support, ils transforment leur expérience personnelle en engagement associatif. C'est à partir de cette dénonciation de la déficience des professionnels spécialisés que les usagers membres de l'auto-support participent à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques dans le champ de la toxicomanie et du sida.

2.1 ASUD et la maîtrise d'une technicité pratique et relationnelle

Ainsi, dans le cas d'ASUD, le groupe fait émerger des revendications sur le partage de l'expertise, il demande qu'elle ne soit plus réservée aux professionnels de la toxicomanie, mais qu'elle soit ouverte aux usagers eux-mêmes. Le discours d'ASUD postule que les usagers de drogues seraient mieux à même que quiconque de connaître les besoins des usagers en matière de prévention du sida, car ils détiennent les "secrets" de leurs pratiques auxquelles les non initiés ne peuvent avoir réellement accès. Cette compétence technique leur permet de se positionner comme expert de la prévention du sida, de par leur connaissance des pratiques d'injection et d'intervenir dans le débat sur la politique de prévention à mener en direction des usagers de drogues. Le groupe proclame que la maîtrise des codes de l'usage produit une approche plus pragmatique et réaliste de la prévention et que celle-ci doit être intégrée dans la production de connaissances autour de la consommation de drogues. Ainsi, l'action d'ASUD est centrée sur la prévention des risques de l'usage de drogues (sida, hépatites, septicémies, overdoses, etc.) et sur la production de messages adaptés aux usagers. Propre au dispositif ASUD, le journal est sa principale technique d'intervention. Ce support d'information et de prévention du sida est un moyen de discussion et d'échange avec les usagers de drogues. Novateur par sa tonalité (à travers notamment "Bloody" son personnage humoristique, archétype du "toxicomane" en galère) et par les thèmes abordés (plus ou moins "autorisés" : conseils pratiques sur les points d'injection, information sur les produits ou les programmes de distribution d'héroïne...) il est à la fois vecteur de messages (les usagers de drogues s'y

¹¹ "Les compétences de vie d'un individu sont constituées de ses connaissances, de ses savoir-faire, de ses expériences et de ses opinions, tous acquis à différentes étapes et à différents moments de sa vie" in Le Dantec.

reconnaissent) et récepteur du savoir des usagers de drogues, savoir-faire pratique recueilli lors de discussions informelles au sein du dispositif, ainsi reconnu et mis à profit. À travers ce type de messages, ASUD joue un rôle d'éducation par les pairs en proposant de changer les normes de comportements des usagers de drogues. ASUD produit également des affiches informant les usagers de drogues de la dangerosité de certains produits circulant sur le marché, ou du danger de certains mélanges. L'association a également élaboré, en partenariat avec la Direction Générale de la Santé (DGS), le *Manuel du shoot à risque réduit* ainsi que des brochures concernant les "substances", "l'injection" et "la sexualité". ASUD-journal constitue une tribune libre qui permet de recueillir des témoignages sur la vie quotidienne des usagers de drogues et sur la manière dont ils sont traités dans le système de prise en charge. Cette tribune donne l'occasion de faire remonter des demandes que ces usagers ne peuvent pas faire valoir ailleurs, ASUD faisant ensuite part de celles-ci aux pouvoirs publics, ce qui lui confère un rôle de porte-parole des besoins des usagers. Les militants d'ASUD sont, en effet, régulièrement invités dans les réunions institutionnelles locales et nationales sur la prise en charge des questions de drogues ou dans des conférences, pour donner le "point de vue" des usagers. Dans ces instances, le groupe parvient à favoriser la mise au programme de certains thèmes alternatifs tels que les programmes d'héroïne ou les salles d'injection et permet ainsi de socialiser les autres acteurs à ces thématiques et de les sensibiliser à leurs revendications. Maintenir des relations constantes avec les pouvoirs publics est un moyen pour le groupe de conserver ses financements et d'être visible dans les sphères où s'élaborent les politiques publiques, mais ce partenariat maintient le groupe dans une position ambiguë de "provocation domestiquée". ASUD construit son expertise grâce à son pouvoir de négociation avec ses partenaires et plus particulièrement avec les pouvoirs publics. C'est en jouant sur les "secrets" que seuls les initiés (usagers de drogues) détiendraient qu'ASUD parvient à se positionner comme expert et à être reconnu comme un partenaire habilité à détenir un savoir légitime. ASUD fait valoir que le savoir que détiennent les usagers est irremplaçable et qu'il ne peut pas être substitué par celui des non-usagers et en particulier celui des professionnels. Les acteurs représentant les pouvoirs publics étant souvent très éloignés du monde de l'usage de drogues, ils sont d'autant plus faciles à convaincre que ce savoir est rare et qu'il est monopolisé par les seuls usagers. Cette croyance peut d'ailleurs parfois se transformer en fascination pour le discours des usagers que les acteurs professionnels hésitent à contredire lors des réunions auxquelles participent les groupes d'auto-support. Perdre ce monopole reviendrait, pour l'auto-support, à être exclu du cercle des acteurs habilités à se prononcer sur les modalités de traitement de la toxicomanie et à être destitué de son statut d'expert. ASUD revendique une présence systématique des usagers de drogues dans l'ensemble des arènes où se définissent les politiques publiques afin de promouvoir un modèle de coproduction des savoirs entre professionnels et usagers de drogues. Et cette revendication semble entendue puisque l'auto-support est de plus en plus souvent invité dans ces arènes.

Les membres d'ASUD se positionnent comme des militants qui se distinguent progressivement de leur milieu d'appartenance, sont qualifiés d'"usagers-experts" et entrent dans des trajectoires de professionnalisation. Concernant la distinction traditionnelle entre un engagement centré sur un sentiment de solidarité ou une volonté d'être militant, ASUD se situe plutôt du côté du militantisme (Pollak et Rosman, 1989). C'est la volonté de dénoncer le retard de l'Etat français en matière de réduction des risques, les discriminations dont sont victimes les usagers de drogues et leur exclusion du champ politique qui motivent les usagers à s'investir dans le groupe. L'appartenance à ASUD peut être utilisée comme le moyen d'exprimer publiquement son usage de drogues et de l'accepter. L'appartenance au groupe peut aussi être vécue comme un moyen de promotion professionnelle qui peut se décliner soit par un emploi au sein d'ASUD soit par un repérage par des intervenants en toxicomanie et la récupération dans des équipes de réduction des risques. Cet engagement militant permet donc une revalorisation individuelle de l'identité de l'utilisateur qui s'implique dans le groupe. Ce processus de valorisation peut également être considéré comme une forme de réparation de l'Etat pour les membres du groupe, pour une vie marquée par la stigmatisation et la marginalisation (Jauffret-Roustide 2009-b).

2.2 *Expérience sensible et émotionnelle à Narcotiques Anonymes*

À NA, la compétence des usagers de drogues repose sur d'autres critères, ceux de l'identification aux pairs et de l'entraide. À NA, c'est l'expérience sensible, émotionnelle et biographique commune qui est mise en avant : seul un pair pourrait comprendre réellement un autre pair, car ils ont vécu le même type d'expérience. Ainsi un pair qui réussit à devenir abstinent peut être une aide précieuse dans la voie vers l'abstinence d'un autre " dépendant ". Un des principes de NA postule que " *La valeur thérapeutique de l'aide apportée par un dépendant à un autre est sans égale. Un dépendant est la personne la mieux placée pour en comprendre et en aider un autre.* " ¹² L'identification est un principe central du programme qui s'effectue en deux temps. Tout d'abord, lors des réunions, les dépendants reconnaissent dans le discours et la biographie des autres ce qu'ils ont pu vivre durant leurs années de consommation ; ensuite, les plus anciens peuvent représenter un modèle de rétablissement et de mode de vie. Le témoignage, qui est central dans les réunions de rétablissement, permet à la personne qui témoigne de se souvenir de son passé de toxicomane ou d'alcoolique et à la personne qui écoute de s'identifier.

L'entraide est également importante dans le programme. Dès son arrivée, le dépendant est accueilli par d'autres membres, il choisit un parrain avec lequel il entretiendra une relation privilégiée. Ces relations de proximité durent tout au long du programme, elles constituent une aide dans la voie vers le rétablissement. Ainsi, le dépendant n'est plus laissé seul face à lui-même, il participe aux réunions communes, les autres l'aident à se rétablir et lui-même aide les autres. Les membres de Narcotiques Anonymes mettent en œuvre " le principe de l'aidant " selon lequel aider les autres est la meilleure façon de s'aider soi-même. L'engagement dans le groupe acquiert alors une fonction thérapeutique (Reissmann, 1965). Le programme NA est constitué de réunions de rétablissement qui sont des rencontres quotidiennes et sont vécues par ses membres comme le moyen de s'entraider et de se soutenir afin de devenir, puis de rester abstinent. L'abstinence est l'objectif à atteindre et surtout à conserver. Elle est glorifiée et montrée en exemple car chaque membre de NA donne son " temps *clean* " c'est-à-dire son nombre de jours d'abstinence à la fin de chaque réunion. De plus, ces temps d'abstinence sont des points de repère dans le rétablissement et donnent lieu à des pratiques de ritualisation. À chaque étape de leur rétablissement, les membres de NA reçoivent des médailles et offrent aux autres leur " message ", symbole de leur " victoire sur le produit ".

NA ne revendique pas publiquement la position de " profane-expert ", mais le groupe se positionne comme expert de l'entraide via l'expérience de dépendance de ses membres. Contrairement à ASUD, NA n'a pas pour objectif revendiqué la participation à la définition des politiques publiques, mais le type d'aide proposé postule implicitement l'efficacité d'une alternative de prise en charge sans l'aide des professionnels. À l'instar des groupes de *self-help* de la première génération d'avant les années 1970, les NA proposent un soutien psychologique, émotionnel et social. À NA, à l'inverse d'ASUD, ce n'est pas le registre militant mais le registre fondé sur la solidarité qui prime. Les motivations autour de l'engagement sont centrées sur le désir de redonner aux autres ce que le groupe leur a apporté, d'aider les autres usagers à devenir abstinents. Le fait d'appartenir à la communauté des dépendants et d'être solidaire avec les autres dépendants est central. Selon la typologie établie par Pollak et Rosman (1989), les membres de NA mettent en œuvre une solidarité par analogie avec leur expérience personnelle et affective, et secondairement, une solidarité qui s'efforce de " donner sens à leur engagement " en " *redonnant au groupe ce qu'il vous a donné* ". Ici également, l'engagement associatif a des effets positifs sur l'identité individuelle des usagers qui participent au groupe puisqu'ils retrouvent un sentiment d'utilité sociale.

3. Une expertise fragile

3.1 *Une mobilisation collective difficile pour des individus disqualifiés*

Si la reconnaissance de l'expertise des usagers de drogues ne va pas de soi, le recrutement de ces usagers experts n'est pas non plus évident. La mobilisation est toujours difficile dans le cas des groupes dont l'identité sociale est dévalorisée car l'identification collective et la possibilité de

¹² Extrait du Livre Narcotiques Anonymes, WSO.

représentation publique deviennent compliquées. Dans le cas des usagers de drogues, cette difficulté de recrutement est renforcée par le caractère clandestin et précaire de la vie de nombreux usagers de drogues. Depuis sa création, le groupe ASUD rencontre des difficultés pour capter des militants prêts à s'investir sur le long terme dans les actions de l'association. Des usagers de drogues "trop précaires" ont d'autres soucis que leur représentation politique et des usagers "trop bien intégrés" n'ont pas intérêt à s'impliquer dans ce type d'associations par peur de voir leur "stigmatisme" dévoilé alors qu'ils ont pu réussir à sauver les apparences en affichant une "normalité" sociale et familiale. De plus, la proximité avec la consommation de produits peut être vécue comme une menace pour des usagers qui souhaiteraient rompre avec leur usage, faire une pause ou modifier leur pratique. Ainsi seuls des usagers de drogues aux trajectoires très spécifiques (déclassement, conscience politique exacerbée) peuvent envisager de s'impliquer dans cette aventure.

L'association NA n'est pas confrontée aux mêmes difficultés concernant leurs effectifs. Tout d'abord, ces groupes sont anonymes, il n'existe donc pas de risque pour que l'entourage de l'utilisateur puisse être au courant de sa fréquentation du groupe. De plus, NA propose une aide directe aux usagers qui viennent en réunion, les bénéfices de l'investissement arrivent très rapidement comme l'arrêt de la consommation, l'entraide, le sentiment de ne plus être isolé.

3.2 *La gestion d'identités contradictoires*

Cette attribution d'une expertise met en œuvre des paradoxes difficilement gérables pour les usagers qui doivent combiner une double appartenance, au monde des usagers de drogues et à celui des professionnels de la toxicomanie. L'utilisateur professionnalisé est à la fois un "professionnel usager" et un "usager professionnel" suivant les situations et suivant la personne qui se trouve en face de lui, l'une de ces deux facettes prend toujours le dessus sur l'autre dans la situation d'interaction. Vis-à-vis des autres usagers, il peut devenir un modèle, mais aussi un traître vis-à-vis de ceux qu'il a pu connaître durant sa trajectoire de consommation. Il est celui qui a réussi mais aussi celui qui est passé de l'autre côté. Et face à un professionnel, il devient un partenaire, mais il a pu aussi être son patient à un moment de sa trajectoire de prise en charge. Enfin, l'utilisateur est embauché pour la proximité qu'il est censé avoir avec les usagers mais il lui est demandé d'être capable de maintenir une distance suffisante afin de rester dans le registre professionnel. Plus l'utilisateur se professionnalise, moins il a de contacts avec son milieu antérieur, il peut donc perdre les qualités pour lesquelles il a été embauché. Ces exigences contradictoires peuvent rapidement devenir intenable et les mettre en danger. Se pose par exemple le problème de la proximité de l'usage, des usagers qui avaient réussi à gérer leur consommation peuvent se trouver dépassés et consommer de manière plus compulsive.

3.3 *La confrontation des savoirs et la production d'usagers "d'élite"*

La reconnaissance de l'expertise des usagers de drogues à partir de leur expérience de vie et de leurs savoirs faire pratiques peut parfois engendrer le sentiment que ce savoir est le seul valide. La revendication de coproduction des savoirs devient donc unilatérale. Les usagers peuvent transformer ce savoir en certitudes et refuser la confrontation avec d'autres savoirs professionnels tels que le savoir médical, psychiatrique ou social sur les drogues (Coppel, 2002). Si le savoir pratique des usagers de drogues ne peut être nié, il n'est toutefois pas universel. En effet, les consommateurs de drogues ne sont pas assimilables à une catégorie homogène, les rapports aux drogues et les types d'usage sont variés. Dans les deux groupes d'auto-support, l'expertise revendiquée valorise des compétences "morales" autour de la dimension de fiabilité dont seraient pourvus les usagers de drogues membres de leurs associations. Dans le cas de NA, cette fiabilité consiste à être capable de ne pas succomber à la tentation de consommer des drogues sur le long terme afin de constituer un exemple pour les nouveaux venus. Pour ASUD, la fiabilité consiste à savoir tenir sa place, à jouer son rôle d'utilisateur-expert dans différentes arènes, comme les conférences ou les réunions institutionnelles.

Au sein même d'ASUD, tous les usagers de drogues ne sont pas considérés comme des experts et seuls certains usagers sont "élus" et autorisés à représenter le groupe dans les réunions avec les pouvoirs publics ou à apparaître dans les médias. La qualité d'utilisateur n'est pas considérée comme

suffisante afin de participer aux actions du groupe, celui-ci doit remplir certains critères et disposer de certaines compétences spécifiques comme la connaissance du milieu et des règles de la toxicomanie, la crédibilité auprès des autres usagers, la capacité à garder le secret professionnel, la capacité à adopter une attitude entre distance et proximité, la gestion de sa consommation personnelle de drogues, la maîtrise de l'expression orale ... Dès la création du groupe, les usagers de drogues d'ASUD ont des propriétés sociales spécifiques, ils ne correspondent pas toujours à l'imagerie populaire du toxicomane. Bon nombre d'usagers participant au groupe sont dotés de propriétés sociales spécifiques, du moins pour les usagers occupant des positions dominantes au sein de l'association. Journaliste, informaticien, professeur d'histoire, les leaders du groupe sont dotés pour certains d'une solide formation universitaire, d'autres sont autodidactes mais pourvus de compétences pour l'écriture. Ces propriétés facilitent pour ces agents l'acquisition de la maîtrise des règles du jeu de l'action collective (facilités dans le maniement du langage et de l'écrit entre autres), mais elles comportent le risque de produire une forme d'élite des usagers de drogues, éloignée des réalités quotidiennes de certains usagers. Autre décalage, les générations d'usagers : les usagers membres d'ASUD sont généralement des anciens héroïnomanes injecteurs représentatifs des pratiques en cours dans les années 1980, et peuvent donc être en décalage avec des consommateurs actuels de produits stimulants, plus jeunes, issus du milieu festif techno. Un usager de drogues est dépositaire d'un savoir qui peut être applicable dans le milieu auquel il appartient, mais qui n'est pas toujours transposable dans d'autres milieux. Se pose ainsi, la question de la représentativité de l'expertise des usagers de drogues membres de l'auto-support. Sont-ils légitimes à s'exprimer au nom des usagers ou ne représentent-ils qu'eux-mêmes ?

4. Conclusion : Une expertise qui s'inscrit plutôt dans un discours néo-libéral

L'expertise des usagers de drogues se déploie ainsi à travers des stratégies diversifiées : militantisme versus entraide, espace public versus espace privé, revendication identitaire versus anonymat. Ces nouvelles formes d'expertise basées sur une expérience de vie contribuent à la valorisation de savoirs pratiques, émotionnels et subjectifs qui interpellent les savoirs objectivés des spécialistes. Les usagers de drogues autrefois réduits au silence dans la sphère publique s'autorisent à prendre position sur les modalités de la prise en charge qui leur est proposée et à ne plus laisser les professionnels s'exprimer à leur place. Par leurs discours et leurs pratiques, les groupes d'auto-support contribuent au débat sur la production des représentations légitimes de la figure du toxicomane en France, comme un " citoyen " libre, responsable et assumant ses choix pour ASUD ; comme un " dépendant " aliéné pouvant être soulagé par le regroupement entre pairs pour NA. Chacun des deux groupes s'exprime également sur la place de l'Etat dans le traitement de la toxicomanie. NA postule une vision plus libérale du traitement de la toxicomanie qui met à l'écart l'Etat au profit d'une prise en charge sans professionnels, entre pairs, où le " dépendant " devient le seul habilité à l'aider à se sortir de sa toxicomanie dans la logique du " *Do it yourself* ". ASUD réclame l'aide active de l'État par le biais de financements publics pour la réduction des risques et pour sa propre association dans une logique de réparation (l'Etat étant accusé d'avoir laissé les usagers de drogues se contaminer massivement par le sida en retardant la mise en place des mesures d'accessibilité aux seringues). Mais, paradoxalement, la réduction des risques s'inscrit également en partie un discours néo-libéral sur l'individu (Jauffret-Roustide 2009-a), en promouvant les notions d' »autonomie, responsabilité, subjectivité « qui « sont désormais les trois mots clés de la socialité contemporaine » (Ehrenberg 2007).

Actuellement, ce processus de reconnaissance de l'expertise des usagers de drogues dépasse le champ de la toxicomanie et du sida, et la référence à l'usager tend à envahir le domaine de la santé. Toutefois, la signification des qualificatifs d'autonomie, de responsabilité et de citoyenneté, associés à l'auto-support et à l'expertise des usagers, restent à interroger car ces termes sont avant tout le produit de constructions professionnelles et militantes. En effet, l'invocation d'un individu responsable, autonome et citoyen tend à devenir un paradigme structurant du champ du travail social et de la santé, mais cette citoyenneté est souvent utilisée pour et par les groupes sociaux stigmatisés comme une formule magique et incantatoire dont le contenu peut faire défaut.

5. Références et bibliographie

- Ball, J., Ross, A., 1991, *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*, New York, Springler Verlag
- Berger P, Luckmann T. 1994. *La construction sociale de la réalité*, Paris Méridiens Kliensieck
- A. Coppel. 2002. *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*. Paris : La découverte
- D. Defert. 1989. Le malade réformateur social in *Gai-Pied*, 29 juin
- Ehrenberg A. 1997. Epistémologie, sociologie, santé publique : tentative de clarification. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol LV, p. 450-455
- Epstein, S. 1995. The Construction of Lay Expertise : AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials . *Science, Technology & Human Values*, vol. 20, n° 4, p. 408-437
- Franguiadakis S. 2002. Au bords de la rupture ou faire face sans s'en sortir ... A propos d'une association de réduction des risques auprès de personnes toxicomanes. In Châtel V, Soulet M-H. *Faire face et s'en sortir*. Editions universitaires Fribourg Suisse, p. 53-60
- Hirschman, A. 1995. *Défection, prise de parole et loyauté*. Paris : Fayard, 1^{ère} édition 1970
- IREP, 1988, *Les effets de la libéralisation de la vente des seringues. Rapport d'évaluation*, Paris, DGS
- IREP, 1992, *La transmission du VIH chez les toxicomanes. Pratiques, attitudes et représentations*, Paris, DGS
- IREP, 1996, *Étude multi-centrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le HIV et les virus de l'hépatite*, Paris
- Jauffret-Roustide M. 2010. Narcotiques Anonymes, une expertise profane dans le champ des conduites addictives centrée sur le rétablissement, la gestion des émotions et l'entre-soi communautaire. *Pensée Plurielle. Parole, Pratiques & Réflexions du social*. N°23, p. 93-108
- Jauffret-Roustide M. 2009-a. Un regard sociologique sur les drogues : décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux. *La Revue Lacanienne*, N°5 octobre :109-118
- Jauffret-Roustide M. 2009-b. Self-Support for Drug Users in the context of harm reduction policy : A Lay Expertise Defined by Drug Users' Life Sills and Citizenship In *Health Sociology Review* : 18 (2): 159-171
- Jauffret-Roustide M., Emmanuelli J., Barin F., Quaglia M., Arduin P., Laporte A., Desenclos J.-C.. Impact of a harm reduction policy on HIV and HCV transmission among drug-users. Recent French Data. The ANRS-Coquelicot Study. *Substance Use and Misuse* 2006: vol. 41, n° 10-12 : 1603-1622
- Jauffret-Roustide M (sous la direction de). 2004. *Les drogues : une approche sociologique, économique et politique*. Paris : La documentation française
- Jauffret-Roustide M. 2002. *Les mouvements contre la prohibition des drogues*. In Crettiez, F-X., Sommier, I. *France rebelle*. Paris : Éditions Michalon
- Jauffret M. 2000. La réduction des risques : enjeux autour d'une mobilisation collective. *Mana. Revue de sociologie et d'anthropologie*. Presses Universitaires de Caen, numéro 8, second semestre, p. 161-188
- Katz A.H., Bender E.I., 1976, Self-help groups in Western Society : History and prospects, *The Journal of Applied Behavioural Science*, 12, p. 265-282
- Le Dantec, C., Le Marois, H., " Les compétences de vie, des " savoir être pour l'emploi ", *Agora débats jeunesse*, n° 14, pp. 45-53.
- Lert, F., 1998, Méthadone, subutex. Substitution ou traitement de la dépendance à l'héroïne ? Questions en santé publique, in Ehrenberg, A. (dir), *Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières*, Paris, Éditions Esprit
- Reissmann, F. 1965. The Helper Therapy Principle. *Social Work*, 10, p. 27-32
- Warin P., 1999, " Les " ressortissants " dans les analyses des politiques publiques ", *Revue française de science politique*, vol. 49, n° 1, février, p. 103-121